



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIENTÍFICA



### FICHA CADASTRAL DO SERVIDOR

NOME			RG	
SEXO M      F	DATA NASCIMENTO	TELEFONE	CPF	PIS/PASEP

INSERIR  
FOTO

NATURALIDADE	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL
--------------	---------------	--------------

FOTO DO ROSTO

#### TÍTULO DE ELEITOR

Nº INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO	TIPO SANGÜÍNEO/ FATOR RH	DEFICIENTE FÍSICO? SIM      NÃO
--------------	------	-------	--------------------------	------------------------------------

#### CARTEIRA DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA	Nº DA SÉRIE	DATA DA EMISSÃO
----------------	-------------	-----------------

RAÇA / COR	BRANCA	AMARELA	PARDA	NEGRA
------------	--------	---------	-------	-------

#### DADOS BANCÁRIOS

BANCO DO BRASIL 001	AGÊNCIA	CONTA
------------------------	---------	-------

#### FILIAÇÃO

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
-------------	-------------

#### ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO E NÚMERO	
BAIRRO	CEP
MUNICÍPIO/UF	
E-MAIL DO SERVIDOR	

#### PESSOAS PARA CONTATO

NOME	TELEFONE	NOME	TELEFONE
------	----------	------	----------



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIENTÍFICA



**RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

<b>NOME DO SERVIDOR</b>	<b>CPF</b>
<b>POSSUI DEPENDENTES?</b>  SIM      NÃO	<b>Nº DE DEPENDENTES</b>

<b>TIPO DE DEPENDENTE</b>		<b>NOME</b>			
<b>SEXO</b>  M      F	<b>POSSUI RENDA PRÓPRIA?</b>  SIM      NÃO	<b>DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA</b>  SIM      NÃO		<b>INCLUIR DEPENDENTE PARA FINS DE SAS (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)</b>  SIM      NÃO	
<b>O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR?</b>				SIM	NÃO

<b>TIPO DE DEPENDENTE</b>		<b>NOME</b>			
<b>SEXO</b>  M      F	<b>POSSUI RENDA PRÓPRIA?</b>  SIM      NÃO	<b>DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA</b>  SIM      NÃO		<b>INCLUIR DEPENDENTE PARA FINS DE SAS (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)</b>  SIM      NÃO	
<b>O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR?</b>				SIM	NÃO

<b>TIPO DE DEPENDENTE</b>		<b>NOME</b>			
<b>SEXO</b>  M      F	<b>POSSUI RENDA PRÓPRIA?</b>  SIM      NÃO	<b>DECLARAR DEPENDENTE PARA IMPOSTO DE RENDA</b>  SIM      NÃO		<b>INCLUIR DEPENDENTE PARA FINS DE SAS (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE)</b>  SIM      NÃO	
<b>O DEPENDENTE RESIDE NO MESMO LOCAL DO SERVIDOR?</b>				SIM	NÃO

\* Para declarar o dependente de imposto de renda é obrigatório apresentar a Declaração Anual de Ajuste de Imposto de Renda.

\*\* Esta ficha deve ser digitada ou preenchida em letra de forma



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIENTÍFICA



INFORMAR NO CAMPO ABAIXO CASO ALGUM DEPENDENTE NÃO RESIDA COM O SERVIDOR

LOGRADOURO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	TELEFONE		CEP
MUNICÍPIO		ESTADO	

NOME DO DEPENDENTE QUE NÃO RESIDE COM O SERVIDOR
--

<b>OBSERVAÇÕES</b> <b>01.</b> É OBRIGATÓRIO ANEXAR A CERTIDÃO DE CASAMENTO E NASCIMENTO DOS DEPENDENTES; <b>02.</b> PARA QUE OS DEPENDENTES ACIMA SEJAM ABATIDOS NO IMPOSTO SOBRE RENDA É NECESSÁRIO ANEXAR UMA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DO <i>EXERCÍCIO CORRENTE</i> OU NO MÁXIMO DO EXERCÍCIO ANTERIOR; <b>03.</b> MANTENHA O ENDEREÇO ATUALIZADO, TANTO DO TITULAR COMO DOS DEPENDENTES.
--

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PRESENTE FICHA DE CADASTRO E DE DEPENDENTES.  DATA ...../...../.....  _____ Assinatura
--





## TERMO DE COMPROMISSO

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, eu \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_, no cargo de \_\_\_\_\_, do Quadro de Próprio dos Peritos Oficiais - QPPO, firmo o presente Termo de Compromisso, conforme estabelecem os artigos 37, 272, §§ 1º, 2º e 3º, 273 e 274 da Lei nº 6174/70 e o art. 3º, § 2º da Lei Complementar nº 258/23, declarando que não **EXERÇO** ou **EXERCEREI** cumulativamente, outro cargo, função ou atividade particular de caráter profissional ou público, de qualquer natureza e não percebo simultaneamente proventos de aposentadoria decorrentes do **Artigo 40** ou dos **Artigos 42** e **142** da Constituição Federal ressalvados os cargos acumuláveis na forma da Lei.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**ESTADO DO PARANÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA CIENTÍFICA**



**DECLARAÇÃO - ACÚMULO DE CARGO**

<b>NOME DO SERVIDOR</b>			<b>CPF</b>
<b>SEXO</b> M      F	<b>DATA NASCIMENTO</b>	<b>ESTADO NASCIMENTO</b>	<b>CARGO</b>

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

<b>LOGRADOURO</b>		
<b>BAIRRO</b>	<b>MUNICÍPIO/UF</b>	<b>TELEFONE</b>
DECLARO PARA FINS DE <i>POSSE/ADMISSÃO</i> QUE NÃO EXERÇO OUTRA ATIVIDADE OU FUNÇÃO REMUNERADA, NEM PERCEBO QUALQUER BENEFÍCIO ORIUNDO DOS COFRES PÚBLICOS.		
DECLARO PARA FINS DE <i>POSSE/ADMISSÃO</i> QUE PERCEBO REMUNERAÇÃO POR OUTRA FONTE, CONFORME SEGUE:		

**IDENTIFICAÇÃO DE OUTRA FONTE DE RENDIMENTO**

	ATIVO	APOSENTADO	REFORMADO	PENSIONISTA
ÓRGÃO .....				
ENDEREÇO .....				
CARGO/FUNÇÃO .....				
DATA ADM/NOM .....			HORÁRIO DE TRABALHO.....	
CARGA HORÁRIA SEMANAL .....			TURNO .....	
DISCIPLINA (MAGISTÉRIO) .....			REMUNERAÇÃO .....	
<b>* APRESENTAR COMPROVANTE DA REMUNERAÇÃO</b>				

**IDENTIFICAÇÃO DE OUTRA FONTE DE RENDIMENTO**

	ATIVO	APOSENTADO	REFORMADO	PENSIONISTA
ÓRGÃO .....				
ENDEREÇO .....				
CARGO/FUNÇÃO .....				
DATA ADM/NOM .....			HORÁRIO DE TRABALHO.....	
CARGA HORÁRIA SEMANAL .....			TURNO .....	
DISCIPLINA (MAGISTÉRIO) .....			REMUNERAÇÃO .....	
<b>* APRESENTAR COMPROVANTE DA REMUNERAÇÃO</b>				

DECLARO ATRAVÉS DESTES INSTRUMENTOS QUE ME RESPONSABILIZO, NA FORMA DA LEI, PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES NELA PRESTADA. CURITIBA, _____ DE _____ DE _____.  <p align="center">_____</p> <p align="center">ASSINATURA</p>
---



## DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei, para fins de Posse, e nos termos da *alínea "I"* do subitem 24.5, do **Edital 001/2023 - Agente de Perícia**, que não fui demitido em consequência de aplicação de pena disciplinar, do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal, nos últimos cinco anos, contados de forma retroativa da data de nomeação, nem perdi o cargo em razão de ordem judicial.

Nome: .....

RG: .....

CPF: .....

Local e data: .....

---

Assinatura



**ESTADO DO PARANÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**POLÍCIA CIENTÍFICA**



**AUTORIZAÇÃO**

Pelo presente instrumento, autorizo os representantes legais do Estado do Paraná a requisitarem e acessarem as informações por mim prestadas à Receita Federal relativas aos bens, direitos, valores e obrigações constantes das minhas declarações anuais de bens, bem como de meu cônjuge e dependentes.

Esta autorização é válida, em caráter de atualização para todos os exercícios conforme vínculo mantido com o Estado, para fins do artigo 3º do Decreto Estadual nº 2141/2008:

*Art. 3º Os agentes públicos de que trata este decreto atualizarão, em formulário próprio, anualmente e no momento em que deixarem o cargo, emprego ou função, a declaração dos bens e valores, com a indicação da respectiva variação patrimonial ocorrida, observada a obrigatoriedade de inserção dos dados previstos no artigo 2º.*

*§ 1º A atualização anual de que trata o caput será realizada no prazo de até trinta dias após a data limite fixada pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda para a apresentação da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física.*

*§ 2º O cumprimento do disposto no § 4º do art. 13 da Lei nº 8.429/92, poderá, a critério do agente público, no caso da atualização anual de que trata o caput, realizar-se mediante autorização de acesso à declaração anual apresentada à Secretaria da Receita Federal, no mesmo prazo indicado no § 1º, desde que a declaração contenha os dados previstos no artigo 2º.*

E conforme previsto no artigo 198, §1º, inciso II do CTN:

*Art. 198. Sem prejuízo do disposto na legislação criminal, é vedada a divulgação, por parte da Fazenda Pública ou de seus servidores, de informação obtida em razão do ofício sobre a situação econômica ou financeira do sujeito passivo ou de terceiros e sobre a natureza e o estado de seus negócios ou atividades. (Redação dada pela LCP nº 104, de 10.1.2001)*

*§ 1º Excetuam-se do disposto neste artigo, além dos casos previstos no art. 199, os seguintes: (Redação dada pela LCP nº 104, de 10.1.2001)*

*II - solicitações de autoridade administrativa no interesse da Administração Pública, desde que seja comprovada a instauração regular de processo administrativo, no órgão ou na entidade respectiva, com o objetivo de investigar o sujeito passivo a que se refere a informação, por prática de infração administrativa. (Incluído pela Lcp nº 104, de 10.1.2001)*

Nome: .....

RG: .....

CPF: .....

Local e data: .....

---

Assinatura conforme documento de identidade:

**\*\* Esta ficha deve ser digitada ou preenchida em letra de forma**





## TERMO DE CIÊNCIA

De acordo com o disposto na *Resolução nº 3402/2006* do Conselho Monetário Nacional - CMN, que determina que as Instituições Financeiras na prestação de serviços de pagamento de salário, proventos, soldos, vencimentos, aposentadorias, pensões e similares, ficam obrigadas a proceder aos respectivos créditos em nome dos beneficiários mediante utilização de contas destinadas ao registro e controle do fluxo de recursos (conta salário). E, conforme *Contrato de Prestação de Serviços Financeiros e outras Avenças nº 05/2011-SEAP*, firmado entre o Governo do Estado do Paraná e o Banco do Brasil S.A.

EU .....

CPF ....., declaro que estou ciente da necessidade do cumprimento do disposto na referida Resolução e informo que meus dados bancários são os seguintes: Banco do Brasil, Agência (Sem dígito verificador) .....

Conta Bancária (Com dígito verificador): .....

- *Será rejeitado o crédito do pagamento em contas inativas, bloqueadas e/ou sem movimento.*

Declaro ainda, que é de minha inteira responsabilidade as informações bancárias acima citadas ou a ausência das mesmas, o que implicará na rejeição dos valores pelo Banco e retorno aos cofres públicos.

....., ..... de ..... de .....

---

Assinatura



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIENTÍFICA



## REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE POSSE

*Excelentíssimo Senhor Diretor-Geral da Polícia Científica do Paraná,*

\_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, nomeado(a) para o cargo de  
\_\_\_\_\_, do QPPO, através do Decreto nº  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, vem através deste a presença de Vossa  
Excelência, REQUERER a prorrogação por mais 30 (trinta) dias para o prazo de tomar  
posse, conforme art. 21 da Lei Complementar 258/2024, a partir de  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente